

受験番号	※記入しないでください。
------	--------------

静岡県後期高齢者医療広域連合  
会計年度任用職員選考試験申込書

令和 年 月 日

静岡県後期高齢者医療広域連合長 宛

住所	
氏名	印

私は、静岡県後期高齢者医療広域連合会計年度任用職員選考試験を受験したいので、下記について確認の上、申し込みます。

記

- 1 地方公務員法第16条各号のいずれにも該当していません。
- 2 本申込書及び履歴書の記載内容は、事実と相違ありません。
- 3 採用の場合は、募集要領記載の条件により勤務することを了承します。